

休診証明申請書兼休診証明書

※裏面に申請にあたってのお願いを記載しています。

(フリガナ) 会員氏名	印
日本歯科医師会 会員番号	
診療所名	
診療所所在地	
休診期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
休診日数 (所定の休診日を除く)	日間 (所定の休診日：)
休診事由 (該当の□にレ印を 入れてください。)	① <input type="checkbox"/> 会員が、 <input type="checkbox"/> 従業員が、 ② <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルスに感染したため。 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染者と濃厚接触したため。

上記のとおり証明致します。

発行日 : 令和 年 月 日

発行者 : 郡市区歯科医師会会長 印

都道府県歯科医師会会長 印

休診補償制度の保険金を請求される方へ

休診証明申請にあたってのお願い

会員氏名、会員番号、休診となった診療所名、診療所所在地、休診期間、休診日数、休診事由は、請求者でいらっしゃる会員の方による自署、捺印をお願いいたします。

【感染の場合】

新型コロナウイルス感染を示す診断書や就業制限通知書等をご所属の郡市区歯科医師会に提示の上、申請してください。

【濃厚接触の場合】

濃厚接触したことによって所轄保健所へ相談した事実（保健所名、担当者名、相談日時）を示す記録をご所属の郡市区歯科医師会に提示の上、申請してください。

公益社団法人 日本歯科医師会